|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | * 1. Председателю Координационного комитета отделения Центральной аттестационной комиссии Минздрава России   2. в Северо-Западном федеральном округе, |
|  |  | Академику РАН,  Шляхто Е.В.  От |
|  |  | (ФИО полностью)  работающего по специальности |
|  |  | (согласно номенклатуре специальностей) |
|  |  | в должности (по трудовой книжке) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | **место работы (название учреждения и подразделения полностью)** |
|  |  |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прошу Вас присвоить мне | | | | |  | | | квалификационную | | |
|  | | | | | **(указать)** | | |  | | |
| категорию по специальности | | |  | | | | | | | |
|  | | | **(указать)** | | | | | | | |
| Стаж работы по данной специальности | | | | | | |  | | | лет. |
|  | | | | | | |  | | |  |
| Квалификационная категория | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | **(указать имеющуюся)** | | | | |  | |
| по специальности | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | |
| Присвоена в |  | | | | |  | | | | |
|  | (последняя дата присвоения) | | | | |  | | | | |

* 1. В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006года №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие отделению Центральной аттестационной комиссии Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, расположенному по адресу: 197341 Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2 на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень действий с персональными данными: формирование документов и выполнение требований для прохождения аттестации для присвоения квалификационной категории в соответствии с Порядком и сроками прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 ноября 2021 года № 1083н.

Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по отзыву данного согласия мне разъяснены.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

(подпись) (расшифровка подписи)